



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



380446
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
12/11/12/12/01

6-Número de Guia Principal
7891771

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/11/09/12/01

3-Data de Emissão da Guia
12/11/09/12/01

1-Registro ANS
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11

10-Empresa
CCT CONCEITUAL CONSTRUCOES

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
10102025199983600029801

15-Nome do titular do plano
MAIANE DE JESUS DO NASCIMENTO SANTOS

14-Telefone
(111) 11111111

13-Nome
MAIANE DE JESUS DO NASCIMENTO SANTOS

17/12/1988

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA

18-Número no CRO
9574

19-UF
BA

20-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
101171417152508

23-Número no CRO
9574

24-UF
BA

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA

27-Número no CRO
9574

22-Nome do Contratado Executante
CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36	00	00	00	S	25/09/20	
2-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36	00	00	00	S	25/09/20	
3-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36	00	00	00	S	25/09/20	
4-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36	00	00	00	S	25/09/20	
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
25/09/20	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	144,00	0,00	0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura da Empresa
25/09/20	25/09/20	25/09/20	25/09/20

Assinatura de Jader Nascimento Santos